

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 5

Travail de la Maternité de la Croix-Rousse
(Professeur agrégé RHENTER)

Contribution clinique à l'étude
de la
colibacillose gravidique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre VERDIER

Ancien Interne de la Maternité de Vienne

Né le 3 Mai 1903 à GUER (Morbihan)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1930

CONTRIBUTION CLINIQUE A L'ÉTUDE
de la
COLIBACILLOSE GRAVIDIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545319_0026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 5

Travail de la Maternité de la Croix-Rousse
(Professeur agrégé RHENTER)

Contribution clinique à l'étude
de la
colibacillose gravidique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre VERDIER

Ancien Interne de la Maternité de Vienne

Né le 3 Mai 1903 à GUER (Morbihan)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET
Pathologie Interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE.
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, *président* ; RHENTER, *assesseur* ;
GATE et EPARVIER, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS BIEN AIMÉS

En témoignage de ma reconnaissance infinie et de ma profonde tendresse.

A MES FRÈRES ALEXIS, DESIRE, YVES, JOSEPH,
ANDRE

En témoignage de ma bien vive affection.

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de Clinique Obstétricale

Il nous a fait l'honneur de présider notre jury de thèse; nous l'assurons de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RHENTER

Accoucheur des Hôpitaux

Il nous a inspiré ce travail; nous le remercions de son enseignement et de ses conseils. Profondément sensible à la bienveillance qu'il nous a témoignée et à l'aimable accueil qu'il nous a toujours réservé dans son service, nous l'assurons de notre bien vive reconnaissance.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

Nous les remercions d'avoir accepté de faire partie de notre Jury de Thèse.

Avant-Propos

Arrivé aux termes de nos études médicales, il nous est très agréable de pouvoir remercier du plus profond de notre cœur, ceux qui nous donnèrent la possibilité de les entreprendre et tous ceux qui nous ont aidé à les mener à bien.

Tout d'abord nos Parents chéris qui par leur courage, leur abnégation, permirent à leurs six enfants d'arriver à des situations sociales que méritaient leur travail et leur valeur morale.

Que cette harmonieuse réussite de leurs fils reconnaissants soit, avec la tendresse qu'ils leur témoignent, une compensation à leur vie de sacrifices.

Nos frères qui, chaque fois que se présentait une difficulté ou une épreuve, nous ont soutenu de leurs conseils et de leur appui moral, formant ainsi un véritable faisceau de forces que l'adversité n'a jamais vaincu.

Nos Maîtres dans les Hôpitaux de Lyon qui nous ont donné leurs enseignements.

Nos Maîtres à l'Hôpital Saint-Luc: le Professeur Agrégé Siraud et le Docteur Mugnery.

Enfin tous ceux qui, pendant trois années à Vienne, plus spécialement dans le service des femmes et à la

Maternité où nous avons surtout travaillé, nous ont toujours réservé le meilleur accueil et nous ont témoigné une sympathie dont nous gardons le plus vivant souvenir.

Nous conserverons un souvenir reconnaissant à tout le personnel hospitalier qui, toujours, nous prêta le plus précieux concours; nous rendant ainsi facile un travail souvent ardu: à tous, nous disons merci.

CONTRIBUTION CLINIQUE A L'ETUDE de la COLIBACILLOSE GRAVIDIQUE

Introduction

D'abord considéré comme saprophyte banal de l'intestin, le coli-bacille a paru, avec raison sans doute, jouer un rôle de défense et de protection dans certaines affections intestinales et, en particulier, dans la fièvre typhoïde et le choléra (Sanarelli).

Hôte habituel de l'intestin où sa présence paraît indispensable, selon Auguste Bécart, il produirait des dérivés aminés du groupe de l'histamine qui ont une action sur la motricité intestinale.

Dans certaines conditions pourtant, sa virulence peut être exaltée, et grâce à sa mobilité très grande qui facilite sa dispersion, il irait se fixer et se multiplier dans les voies biliaires, l'appareil urinaire, l'appareil génital ou l'appareil respiratoire, allant même jusqu'à provoquer des lésions du système nerveux.

Cette virulence du coli-bacille peut se manifester chez un sujet quelconque et donner lieu à une réaction vési-

culaire, à une asthénie plus ou moins marquée, à des vomissements périodiques de l'enfance.

Il a même été signalé quelques affections plus rares dont le coli-bacille serait également responsable telle la vulvite des petites filles.

Heiz Boyer a décrit l'association du syndrome entéro-rénal avec des manifestations articulaires oculaires, nasales, névritiques, cutanées et génitales (métrite et salpingite surtout).

De ces multiples manifestations de la coli-bacillose, il faut retenir celles qui affectent surtout l'appareil génito-urinaire et aussi le système hématopoïétique sur lequel le coli-bacille agit par ses toxines, ainsi que s'est attaché à le démontrer le Professeur Vincent.

Il est, en tous cas, incontestable que la coli-bacillose apparaît fréquemment chez les femmes en état de gestation et dans les suites de couches. Quelles que soient les explications données et les théories admises, la grossesse favorise certainement la pullulation du coli-bacille. La constipation, si commune chez les femmes enceintes, la rétention vésicale plus ou moins prolongée, la distension urétérale, en représentent sans doute les facteurs les plus importants.

Aussi, nous a-t-il paru de quelque intérêt de procéder à l'étude analytique d'un certain nombre d'observations de coli-bacillose observées au cours du puerperium que nous avons recueillies dans les archives de M. le Professeur Agrégé Rhenter à la Maternité de la Croix-Rousse, pendant les années 1927-1928-1929 et 1930 (premier semestre).

M. le Professeur Agrégé Dufourt a bien voulu faire

pratiquer dans son laboratoire un certain nombre d'hémocultures de contrôle; nous ne saurions trop le remercier du concours précieux que nous a apporté sa haute compétence.

Nous ne nous attarderons pas à décrire le coli-bacille, son mode de vie, ses terrains de culture, ou ses propriétés diverses, pas plus que nous ne décrirons théoriquement les symptômes auxquels il donne lieu lorsqu'il devient pathogène. Ce sont des choses qui sont parfaitement étudiées ailleurs; nous exposerons seulement d'une façon très brève les différentes théories qui tendent à expliquer la dispersion du coli-bacille dans l'organisme, et en particulier son passage dans les voies urinaires.

L'essentiel de notre travail nous a paru devoir tenir dans l'exposé d'un certain nombre d'observations nouvelles, recueillies dans les mêmes conditions d'examen, et dans leur étude critique, en dehors de tout esprit doctrinaire.

Nous nous empressons de constater, dès maintenant, que ce travail que nous avons voulu plutôt objectif nous a conduit à la confirmation des notions admises à l'époque actuelle.

Historique

Roger est le premier (1841) qui ait étudié les affections rénales d'origine gravidique dans un chapitre consacré « aux rapports de la pyélite avec les affections des organes de la génération ».

Les auteurs allemands n'en revendiquent pas moins la priorité et pour eux, *Kaltenbach* aurait, le premier, en 1871, donné une description des suppurations rénales d'origine gravidique. En 1892, *Reblaud* isole le coli-bacille à l'état de pureté et fait une communication au congrès français de chirurgie sur « les affections du rein et du bassinet consécutives à la compression de l'uretère par l'utérus gravide ». *Bonneau*, en 1893, fait une thèse sur « la compression des uretères par l'utérus gravide et les pyonéphroses consécutives », explication qui est encore actuellement admise dans nombre de cas de pyélonéphrite.

En 1893, *Navas*, dans sa thèse, étudie les « pyélonéphrites gravidiques » d'après douze observations détaillées de *Poncet*.

Plus près de nous, *Lancereau* nous donne une description assez complète des lésions anatomiques dues à la pyélonéphrite. *Klebs* en étudie les particularités bacté-

riologiques. *Guyon* et *Albarran* ont complété et mis au point ces travaux.

Enfin, c'est *Legueu* qui, en 1904, dans son rapport au Congrès de Rouen sur « la Pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité », paraît avoir surtout attiré l'attention sur l'importance et la fréquence du syndrome.

Il y revint en 1907 en publiant un important travail sur les résultats éloignés des pyélonéphrites de la grossesse (Société obstétrique, gynécologie, pédiatrie, 11 novembre 1907).

Il montre, en particulier avec *Lepage*, *Couvelaire*, *Sirassmann* et *Fritsch* que la pyélonéphrite se complique rarement de pyonéphrose exigeant l'intervention chirurgicale et qu'il existe des rapports étroits entre les lésions anatomiques des voies urinaires et la gravité de la pyélonéphrite.

Il rapporte un cas de rétrécissement de l'uretère ayant fait durer une pyélonéphrite qui est passée à l'état chronique, d'où réveil possible lors d'une grossesse ultérieure. D'après lui, le pronostic serait plus sévère pour le fœtus que pour la mère, puisque sur les 52 observations qu'il rapporte, trois fois la pyélonéphrite aurait provoqué un accouchement prématuré. Il semble d'ailleurs que *Legueu* n'ait en vue que des formes diverses de la pyélonéphrite.

En 1906, *Castaigne* donne une description analytique et complète de la pyélonéphrite en général.

Il distingue les pyélonéphrites primitives des pyélonéphrites secondaires :

a) Les pyélonéphrites primitives « indépendantes de

toutes lésions antérieures des voies urinaires », seraient toujours d'origine sanguine.

b) Les pyélonéphrites secondaires « consécutives à des lésions des voies de sécrétion ou d'excrétion de l'urine » seraient dues à des causes mécaniques mettant obstacle à l'écoulement de l'urine (rétrécissement combiné des uretères, compression de l'urètre, etc.), voire même des lésions nerveuses, dont la fracture de la colonne est le cas le plus fréquent. « Dans le même groupe, dit-il, on pourrait ranger l'utérus gravide, mais la grossesse peut mettre en œuvre bien des facteurs pour produire l'inflammation du rein et du bassin: les auto-intoxications, les auto-infections gravidiques sont fréquentes; enfin, on peut penser que les cystites et les infections du petit bassin souvent rencontrées au cours de la grossesse jouent un rôle important ».

La grossesse ne serait, pour Castaigne, qu'une cause adjuvante ou prédisposante, mais il existerait pour lui deux sortes de causes déterminantes:

1° Celles qui agissent directement par voie sanguine, le microbe étant introduit directement dans le sang par une plaie ou une éraillure.

2° Celles qui, pour Castaigne, agiraient par le mécanisme le plus fréquent: l'*infection ascendante*, réalisée expérimentalement par Albarran au moyen d'une injection de microbes faite au-dessus d'une ligature de l'uretère.

« Le coli-bacille, dit Castaigne, dont Achard et Renault ont montré l'identification, avec la bactérie pyogène de Albarran et Hallé est le plus souvent en cause ». Pour Marion et tous les auteurs, d'une façon générale

le coli-bacille est le microbe habituel de la pyélonéphrite.

Il empruntera :

1° La voie sanguine ou descendante ;

2° La voie uréterale ou ascendante ;

3° La voie lymphatique. (Les lymphatiques du colon et de l'espace péri-rénal communiquant comme on le sait avec le rein).

Théories diverses sur la dissémination du colibacille dans l'organisme

Pendant très longtemps une seule théorie règne et tous les auteurs admettent le passage du coli-bacille dans le rein par voie descendante ou sanguine.

Couvelaire dit: « L'infection pyélorénale peut se faire par voie ascendante, fait rare, ou par voie sanguine, fait plus fréquent ».

Chez la femme gravide, dit encore Couvelaire, prédisposée semble-t-il aux infections coli-bacillaires (Bar), le coli-bacille passerait à la suite de troubles intestinaux dans le sang (septicémie), traverserait le rein et s'éliminerait par les urines (bactériurie) en déterminant des lésions plus ou moins accentuées de l'appareil urinaire (pyélite-pyélonéphrite).

Les faits observés à la suite d'occlusion expérimentale de l'intestin légitiment cette hypothèse clinique. Le Docteur Lévy Darras nous explique très bien le mécanisme et les différentes étapes de ce passage du coli-bacille de l'intestin dans l'appareil urinaire.

« Le mérite de Heitz Boyer est d'avoir démontré que, dans certaines conditions, des microbes appartenant à la flore intestinale, tels que le coli-bacille, l'entérocoque,

le streptocoque étaient capables, ayant acquis une virulence particulière, d'envahir le sang, et éliminés par les voies urinaires sous forme de bactériurie, de s'accrocher au rein, au bassinet, à la vessie, et de réaliser des formes soit aiguës, soit chroniques, soit même latentes de pyélonéphrites et de cystite. En somme, quel que soit le microbe en cause, la première étape est toujours intestinale et la seconde sanguine, mais la troisième varie suivant que le microbe trouve dans tel ou tel organe un milieu favorable à son développement.

L'étape intestinale est due à des causes très variées. Tantôt ce sont des troubles d'ordre physiologique, surtout la coprostase due aux ptoses, d'où la nécessité, chez les ptosiques, de rechercher systématiquement l'infection et d'examiner, à ce point de vue, les urines. Tantôt c'est l'insuffisance sécrétoire de l'intestin, du pancréas et du foie qui détermine la pullulation des microbes, en comprenant dans cette pathogénie les modifications chimiques que subit, par suite de ces insuffisances, le chimisme intestinal dont la transformation d'acidité favorise les cultures microbiennes; tantôt c'est l'infection, telles des entérites qui surviennent au cours des lésions chroniques et en particulier de l'appendicite, etc...

De l'intestin les microbes passent dans le sang, non peut-être de façon constante, mais souvent par décharges. Ce dernier caractère fait que la réponse négative d'une hémoculture ne prouve rien et qu'il est indispensable, avant d'affirmer, de répéter cette recherche. De même, faut-il recommencer les examens des selles si l'on veut mettre en évidence les parasites qui jouent souvent un rôle en l'affaire.

Posner, Lewin, de Kleeki ont placé une ligature sur l'intestin et ont trouvé au bout d'un certain temps du coli-bacille dans le sang. Achard et Jules Renault trouvent à l'autopsie d'une femme enceinte de cinq mois morte d'urémie de très nombreux amas de coli-bacilles dans les vaisseaux.

Widal et Bernard auraient également trouvé du coli-bacille dans le sang de femmes qui en présentaient dans les urines.

On ne peut donc nier ce mode de propagation du coli-bacille et il est même permis d'admettre avec Bar, Couvelaire, Widal, Cathala, Marion, qu'il est le plus fréquent, ainsi que l'a si bien démontré Heitz Boyer par la description du syndrome « entéro-rénal ». L'Américain Calot et Rovsing de Copenhague ont défendu la même théorie avec Achard contre l'Allemand Lüter qui, dans la plupart des pyélonéphrites et en particulier dans les pyélonéphrites gravidiques n'admettait que la voie ascendante (III^e Congrès de la Société Internationale d'urologie, juin 1914).

Pourtant, il nous semble exagéré de donner la définition suivante de la coli-bacillose gravidique: « Passage du coli-bacille, hôte habituel de l'intestin dans la circulation sanguine, septicémie d'origine intestinale suivie à plus ou moins longue échéance d'une localisation viscérale (Jean Minin, Thèse Paris, 1923).

Pour nous être agréable, M. le Professeur agrégé Dufourt a bien voulu faire des hémocultures avec du sang de femmes présentant de la coli-bacillurie; dans aucun cas, ces hémocultures n'ont été positives.

En admettant, comme nous le dit justement le Doc-

teur Levy-Darras que la réponse « d'une hémoculture ne prouve rien », ces hémocultures en séries absolument négatives nous incitent à croire qu'il existe un autre mode de propagation du colibacille en dehors de la voie sanguine.

Nous avons vu que Couvelaire admettait une autre voie: « la voie ascendante, fait rare », dit-il. Admise depuis longtemps par les urologues dans la pyélonéphrite en dehors de la gestation, ils la considéraient comme une voie d'exception dans ce dernier cas.

Cette distinction est assez inexplicable quand on sait toutes les modifications anatomiques qui sont la conséquence de la gestation.

A l'état normal le coli-bacille pullule au niveau de l'urètre et de la vulve, les sécrétions vaginales toujours assez abondantes favorisent aussi son développement par leur alcalinité.

Il n'est pas certain que le coli-bacille puisse remonter l'urètre pour gagner la vessie, mais c'est assez probable. En tous cas, ce qui est certain, c'est qu'il peut y être introduit à l'occasion d'un cathétérisme. Arrivé dans la vessie, plus rien ne s'oppose à son ascension vers le rein.

Pendant la gestation, la vessie remonte au-dessus de la symphyse pubienne, serrée contre elle, elle n'est évacuée qu'à des intervalles éloignés et presque toujours incomplètement. L'urine des femmes enceintes est souvent alcaline, autant de causes qui favorisent pleinement le développement du microbe.

D'autre part, la position de la vessie est telle que l'extrémité des uretères subit une torsion et que leur ouver-

ture est très souvent béante, car, ainsi qu'il arrive couramment chez les femmes en état de gestation, la vessie n'est complètement évacuée que lorsqu'elle est entièrement pleine. L'uriné ne pouvant s'écouler dans la vessie reste dans l'uretère et dans le-bassinnet, ne formant plus qu'une seule colonne de liquide. Quoi de surprenant alors que le coli-bacille remonte jusqu'au rein.

Cette voie ascendante est surtout, et presque uniquement admise par les Allemands.

Stœkel, Oltz, Dordelein, Weindler en ont étudié les différentes phases. Stœkel a fait un cathétérisme de l'uretère et alors qu'il y avait d'abondants coli-bacilles dans la vessie, il n'en a pas trouvé dans l'urine du bassinnet.

Cette expérience n'est d'ailleurs pas concluante car il se peut très bien que les coli-bacilles de la vessie soient descendus du rein, mais en l'absence de lésions de cet organe et de l'uretère n'y ont point séjourné. Ils ont pu rester dans la vessie, qui, se vidant incomplètement, leur a permis de s'y développer.

Cette expérience ne suffit donc pas à prouver que le coli-bacille n'a pas emprunté la voie sanguine pour gagner l'appareil urinaire.

Chacune de ces théories explique le mécanisme d'un certain nombre de coli-bacilluries gravidiques. Il est même probable que la voie descendante ou sanguine est la plus souvent empruntée.

Nous pensons que très souvent un premier ensemencement vésical se fait par cette voie, et que le rein resterait intact si la vessie incomplètement évacuée n'offrait en même temps qu'une étape, un milieu de culture

des plus favorables au coli-bacille. Ensuite, par le mécanisme que nous avons expliqué, le coli-bacille remonterait jusqu'au rein où il séjournerait en établissant parfois des lésions d'une telle gravité que même à l'autopsie on a pu les prendre pour des lésions de tuberculose; l'examen histologique d'une granulation ayant été nécessaire pour en montrer l'origine coli-bacillaire (Thévenot, Presse Médicale, 1929, n° 88).

On sait que le coli-bacille ne vient pas toujours directement de l'intestin, tous les auteurs admettent qu'il peut pénétrer dans l'organisme au niveau d'une plaie accidentelle quelconque, d'une éraillure des voies génitales après l'accouchement, des voies urinaires après un cathétérisme, etc... Pourquoi n'emprunterait-il pas de la même façon les voies lymphatiques? Quelques rares auteurs admettent la possibilité de ce qu'ils appellent sa propagation « de proche en proche ». Ainsi, grâce aux relations qui existent entre le système lymphatique de l'appareil génital, urinaire et intestinal, une infection coli-bacillaire du ligament large pourrait se transmettre aux uretères et aux reins. Ces anastomoses lymphatiques sont d'ailleurs très mal connues; aussi serait-il imprudent d'échaffauder une théorie reposant uniquement sur des hypothèses. Les anastomoses entre le gros intestin et le système rénal sont un peu mieux connues.

D'après Faucher (1910), les lymphatiques du rein seraient en connexion avec ceux du gros intestin. Il y aurait, d'après lui, des « anastomoses entre les lymphatiques inférieurs du rein et ceux du côlon ». En constipant des lapins à l'opium, il a trouvé dans leur réseau lym-

phatique du rein des bâtonnets issus des ganglions mésentériques.

La femme, en état des gestation, présente souvent avec cette constipation obtenue ici expérimentalement, une congestion des organes abdominaux. C'est, à n'en pas douter, un facteur important qui, réalisé dans l'expérience, l'eût rendue plus concluante encore.

Lorsqu'on ne trouve pas de coli-bacilles dans le sang, alors que la femme enceinte présente des troubles intestinaux, et des accidents urinaires, ne pourrait-on pas admettre que le coli-bacille passe directement de l'intestin dans l'appareil urinaire par les voies lymphatiques ?

Il faut bien expliquer sa dispersion, et si des hémocultures répétées ne donnent aucun résultat, il faut penser que le coli-bacille a emprunté une autre voie.

C'est là une théorie un peu tombée dans l'oubli ; c'est vraisemblablement parce que nous connaissons trop mal encore les connexions entre les divers réseaux lymphatiques abdominaux pour en préciser le mécanisme.

Observations

Les observations suivantes proviennent de la Maternité de la Croix-Rousse (Service de M. le Professeur agrégé RHENTER, années 1927-1928-1929-1930).

Nous avons systématiquement retenu toutes les observations où la colibacillose sous une forme ou sous une autre paraît s'être manifestée au cours de la gestation ou dans les suites de couches.

OBSERVATION I

Hôpital de la Croix-Rousse. Infirmerie de la Maternité.
Service de M. le Professeur Agrégé Renther.

Mme B..., 19 ans, primigeste, entrée le 12 janvier 1927, sortie le 21 janvier 1927.

La malade entre à l'hôpital pour des phénomènes douloureux de la région lombaire droite accompagnés de *troubles urinaires et d'hyperthermie*.

Antécédents familiaux : rien à signaler.

Antécédents personnels : Bronchite étant jeune, sans suite ni complications; pas de toux.

Réglée depuis l'âge de 13 ans.

Elle a eu ses dernières règles fin juin.

Le début de la grossesse a été marqué par quelques phénomènes douloureux et quelques pertes. Un docteur

consulté réduisit une rétroversion. Les troubles se dissipèrent alors très rapidement. La grossesse s'est poursuivie sans incidents notables jusqu'au milieu du mois dernier (*début du sixième mois*).

Les troubles ont d'abord consisté en une grippe sans hyperthermie notable avec toux et faiblesse.

Puis le huitième jour, la malade a ressenti une douleur dans le bas-ventre qui a fait croire à une menace de fausse-couche. La malade a été mise au repos et a reçu du chloral.

Les jours suivants, la *température* est montée à 38° puis a dépassé 39°. *La douleur s'est localisée dans la région lombaire droite.*

Les urines sont devenues troubles laissant un dépôt considérable.

Vers le 4 janvier la malade a été vue par le Professeur Rhenter et sur sa prescription a été mise au régime lacto-végétarien et on lui a donné de l'*urotropine*. Les phénomènes douloureux et la fièvre n'ont pas cédé.

Le transport à l'infirmerie est alors décidé. Depuis le 11 janvier 1927 la malade souffre peu, les urines seraient moins troubles depuis une semaine.

L'examen bactériologique des urines a révélé la présence de *nombreux colibacilles*.

OBSERVATION II

Hôpital de la Croix-Rousse. Infirmerie de la Maternité.

G... Marie, 27 ans, entrée le 2 mai 1927, sortie le 14 mai 1927.

Résumé de l'observation : Toxémie gravidique légère au *septième mois* de la grossesse. *Vomissements*. *Primigeste*. Pyélonéphrite de trois mois en évolution atténuée.

Malade envoyée pour *vomissements incoercibles* au septième mois.

Antécédents : Rien à signaler.

Pas de grossesses antérieures, pas de fausses-couches. Evolution normale de la grossesse jusqu'en janvier 1927; *la malade aurait alors fait une chute.*

A cette époque, elle a dû s'aliter avec une température de 39°5 et a été prise de vomissements avec douleurs lombaires très marquées.

La malade est mise à la diète absolue. Les *vomissements*, d'abord irréguliers, sont à peu près continuels depuis un mois, et sont accompagnés de dégoût alimentaire très prononcé.

L'amaigrissement est considérable : 6 à 8 kilos, avec asthénie marquée ; la constipation est opiniâtre.

A son entrée dans le service, pas de température, pouls à 96, faible tension 10,5/8. Hauteur utérine 24, et la malade vomit toujours.

Le 5 mai 1927, chute de la température à 36°4, pouls à 97.

Urines par 24 heures : 250 cm³.

L'état général décline. La malade rejette toute alimentation.

Urée : 4 gr. 50 pour 1.000 dans le sang.

Le 7 mai. — Urines :

Urée : 15 gr. 20 pour 1.000.

Albumine : 0 gr. 45 pour 1.000

Acide diacétique. Acétone : néant.

Les vomissements ont diminué, l'alimentation devient possible. Température 36°5, pouls 85.

Le 10 mai. — Amélioration sensible.

Urines : 500 grammes par 24 heures depuis la veille seulement. Elles renferment toujours un dépôt.

Le 12 mai. — Un examen des urines démontre la présence de *nombreux colibacilles*.

Le 22 mai. — La malade accouche d'un enfant vivant de 3 kilos.

OBSERVATION III

Hôpital de la Croix-Rousse. Infirmerie de la Maternité.

P..., 26 ans. Entrée le 11 juin 1927. Sortie le 5 juillet 1927.

Résumé de l'observation :

Primigeste. Albuminurie à la fin du 7^e mois. Ebauche de galop cardiaque. Pyélo-néphrite.

Entrée à l'hôpital pour albuminurie à la fin du 7^e mois de la grossesse.

Dernières règles le 17 octobre 1926.

Tensions artérielle : 17/9.

11-12 juin. — Diète hydrique.

Urée sanguine : 0 gr. 50 pour 1.000.

Urines : urée, 6 gr. 70 pour 1.000 ; *albumine*, 7 gr. 5 pour 1.000 ; chlorures, 5 gr. 25 pour 1.000.

Corps acétoniques : néant.

14 juin. — Bon état général, mais les urines renferment 3 gr. 60 d'*albumine* par litre.

Tension artérielle : 16/9,5.

Auscultation cardiaque : ébauche de galop.

21 juin. — Urines troubles : le microscope montre que c'est du pus, et la culture révèle la présence de *très nombreux colibacilles*.

22 juin. — Urée sanguine : 0 gr. 20 pour 1.000.

28 juin. — Signes de pyélonéphrite plutôt que d'albuminurie gravidique.

2 juillet. — Urines moins troubles, pas de globules de pus, mais quelques *paquets de colibacilles*.

OBSERVATION IV

Hôpital de la Croix-Rousse. Infirmerie de la Maternité.

M... Marguerite, 21 ans. Entrée le 2 juin. Sortie le 27 juin 1927.

Résumé : Primigeste. Pyélonéphrite au 6^e mois.

Le 30 mai. — A été très lasse.

Le soir, *suintement séreux persistant, légèrement rosé* qui s'atténue et disparaît dans les 24 heures.

Le 14 juin. — La malade est apyrétique depuis plusieurs jours, les urines restent troubles, la région lombaire n'est pas douloureuse.

Les urines contiennent de nombreux colibacilles.

Le 15 juin. — La malade quitte le service ; les urines sont encore légèrement troubles.

OBSERVATION V

Hôpital de la Croix-Rousse. Infirmerie de la Maternité

M... Juliette, 21 ans. Entrée le 11 septembre. Sortie le 24 septembre 1927.

Résumé : Primigeste. Grosses de 5 mois et demi. Hématurie et colibacillose sans pyélonéphrite.

Entrée pour menace de fausse-couche.

Dernières règles le 31 mars.

Le 10 septembre. — *Pertes sanguines abondantes avec coliques utérines.*

Le 12 septembre. — Teint pâle; température entre 37°5 et 38° ; plus de pertes, ni de douleurs. Hauteur utérine, 21. Consistance ferme de l'utérus.

Le 15 septembre. — *Dans les urines on trouve de nombreux colibacilles, des globules blancs et des globules rouges.*

Pas de cystite, *la région lombaire n'est pas douloureuse au palper.*

Bon état général. Pas de température.

Le 24 septembre. — Les urines sont moins rouges. La malade quitte l'hôpital en bon état.

Analyse des urines le 15 septembre :

Diurèse : 1.400.

Urée : 9 gr. 5 par litre ; 13 gr. 30 dans les 24 heures.
Chlorures : 5 gr. 30 par litre ; 13 gr. 30 par 24 heures.
Albumine : 3 gr. 10 par litre ; 4 gr. 35 par 24 heures.
Sels biliaires : néant.

Dépôt important : nombreux globules rouges ; nombreux lymphocytes.

OBSERVATION VI

Hôpital de la Croix-Rousse. Infirmerie de la Maternité.

C... Joséphine, 23 ans. Entrée le 30 mars. Sortie le 16 avril 1928.

Résumé : Primigeste. Grossesse de six mois. Pyélonéphrite. Réaction vésiculaire douteuse.

Entre pour crise abdominale aiguë survenue le 29 mars. Depuis fin octobre, phénomènes de cystite (pollakiurie), mictions toutes les heures.

Jusqu'au début de mars, température : le matin, 38° ; le soir, 39°. Apparition de pyurie, puis l'état s'améliore de lui-même.

Le 29 mars. — Vers 13 heures, douleur brusque au niveau du rein droit, en avant et en arrière, s'irradiant dans les jambes. Tendances lypothymiques.

Pouls, 110. Température, 36°.

A l'examen : ventre tendu, non 'météorisé. Utérus dur à 3 cm. au-dessous de l'ombilic ; tout le côté droit de l'abdomen est douloureux.

Contracture légère cédant à la palpation prolongée. Pas de masse perceptible.

Urines : opaques, foncées, peu abondantes. Dépôt purulent abondant.

Examen microscopique : *colibacilles*.

Examen chimique : pas d'albumine.

OBSERVATION VII

Hôpital de la Croix-Rousse. Infirmerie de la Maternité.

B. X., 24 ans. Entrée le 28 avril 1930. Sortie le 1^{er} juin 1930.

Résumé : Pyélonéphrite droite chez une *primigeste* au 7 mois. *Constipation* habituelle.

Dernières règles le 23 septembre.

Il y a quinze jours, au milieu de la nuit, douleur vive dans la région lombaire droite s'irradiant jusqu'au bas-ventre. Céphalée avec quelques frissons. Température : 39°-40°.

Urines : quantité normale, mais *troubles*, sans albumine. Envoyée à l'hôpital pour typhoïde ?

Abdomen un peu météorisé, *douleur lombaire* assez vive au palper.

A l'examen microscopique : on trouve *un grand nombre de colibacilles dans les urines*.

On donne à la malade une *purgation au sulfate de soude et des cachets d'urotropine*.

Là température tombe aussitôt.

Le 14 mai. — Pyélonéphrite droite en décroissance.

Le 30 mai. — Examen des urines : *colibacilles*.

OBSERVATION VIII

Hôpital de la Croix-Rousse. Infirmerie de la Maternité.

D..., 20 ans. Entrée le 26 octobre. Sortie le 7 novembre 1928.

Résumé : *Primigeste. Grosses de six mois. Collibacillose*.

Envoyée pour coliques utérines. Douleurs lombaires survenues dans la nuit du 26 septembre. Elles durèrent 5 heures environ, siégeant surtout à droite, avec *hoquet* et *vomissements*.

Le docteur la soigna pour des coliques néphrétiques.

Les douleurs lombaires cessèrent brusquement et furent remplacées par des coliques paraissant utérines et arrachant des cris à la malade.

A l'entrée à l'hôpital, douleurs disparues. Température, $38^{\circ}4$; pouls à 88. Ventre un peu météorisé mais non douloureux. Pas de pertes. *Pas de colibacilles* dans les urines, mais elles sont troubles.

Le 20 octobre. — Point douloureux à la palpation dans la région lombaire droite. Probablement pyélonéphrite passagère.

Traitement : uroformine intraveineuse, 2 grammes pendant deux jours et cachets d'urotropine.

OBSERVATION IX

Hôpital de la Croix-Rousse. Infirmerie de la Maternité.

R. P., 20 ans. Entrée le 26 octobre. Sortie le 16 novembre 1928.

Résumé : *Primigeste. Colibacillurie.* Pas de localisation au niveau du rein malgré la bacillurie constatée.

Pertes sanguines vers le 18 octobre peu abondantes, qui s'arrêtent en trois jours par le repos au lit.

Mais à la même époque la malade ressentit un malaise général avec des frissons, de la céphalée, une fièvre élevée et quelques douleurs abdominales non localisées.

Dans la journée du 25 octobre, ces douleurs prennent un caractère rythmique, la malade croit qu'elle va accoucher. En réalité, pas de travail, mais température à $39^{\circ}2$, urines troubles.

Les douleurs abdominales cessent ; il persiste une douleur lombaire à droite, bien localisée, sans irradiations.

La malade est constipée (état habituel).

Contracture à la palpation au niveau du rein et de l'uretère droits.

Les urines troubles renferment un léger disque d'albu-
mine.

Tension artérielle : 12/8.

Hauteur utérine : 28.

Le 30 octobre 1928. — Après une défervescence rapide
et deux jours d'hypothermie, nouvelle poussée à 39° ;
l'état général reste très bon.

Les urines renferment de *nombreux colibacilles*.

Il s'agit d'une poussée de colibacillose gravidique, sans
pyélonéphrite nette au point de vue clinique.

Le 3 novembre 1928 (D^r Rhenter). — Les douleurs lom-
baires restent très vagues, mais les urines sont aujour-
d'hui nettement purulentes. Il semble qu'il s'agisse d'une
pyélonéphrite nettement secondaire à une affection coli-
bacillaire.

Le 13 novembre. — Pas de douleurs lombaires. Présence
de *nombreux colibacilles*.

OBSERVATION X

Hôpital de la Croix-Rousse. Infirmerie de la Maternité.

F. D., 28 ans. Entrée le 22 janvier. Sortie le 9 février
1929.

Résumé : *Primigeste. Pyélonéphrite au 6^e mois.*

Congestion ancienne des deux bases pulmonaires :
cortico-pleurite.

Primigeste. Dernières règles le 17 juillet.

Vomit depuis le début de la grossesse après les repas
et les symptômes semblent s'accroître chaque jour.

Ils sont précédés d'une violente douleur épigastrique
que soulage le vomissement.

Pouls à 128. Etat général très touché.

Le 24 janvier 1929. — Douleur nette au point vésicu-
laire, état général meilleur, diminution des vomisse-
ments.

Le 25 janvier. — Amélioration nette. Hypothermie : 36, 36°5. La région lombaire droite et la région hépatique sont douloureuses.

Les urines sont troubles, laissant un dépôt purulent abondant dans lequel on trouve de très *nombreux colibacilles*.

La malade présente certainement une pyélonéphrite gravidique qui explique les malaises qu'elle présentait à l'entrée. Elle est actuellement dans la période d'hypothermie qui suit les accès fébriles.

OBSERVATION XI

Hôpital de la Croix-Rousse. Infirmerie de la Maternité.

C. M., 30 ans. Entrée le 18 février 1929. Sortie le 22 février.

Résumé : Tertigeste. Pyélonéphrite au début du 9^e mois. Entre pour pyurie et albuminurie.

Elle a déjà présenté de l'albuminurie au cours de ses précédentes grossesses.

A quatre mois et demi, grosse quantité d'albumine dans les urines.

Le 18 janvier. — 0 gr. 10 par litre.

A l'entrée : bon état général, un peu d'amaigrissement.

Température : 37°4.

Douleur au point urétéral droit.

Tension artérielle : 11,5/6,5.

Dans les urines : pus et *colibacilles*.

OBSERVATION XII

Hôpital de la Croix-Rousse. Infirmerie de la Maternité.

C. M., 30 ans. Entrée le 27 avril. Sortie le 22 mai 1929.

Résumé : Sextigeste (une fausse-couche). Grossesse au

2^e mois. *Colibacillose* gravidique, avec réaction pyélonéphritique et *appendiculo-cæcale*.

Vient pour hémorragie au 2^e mois.

Le 23 avril. — La malade expulse quelques caillots et souffre de l'abdomen. Elle aurait déjà présenté, il y a un mois, des vomissements et des douleurs abdominales.

Entre à l'hôpital avec une température de 37°7, *souffre du ventre et vomit*.

Douleurs au niveau de la région lombaire et de l'appendice.

Urines légèrement troubles.

Le 7 mai. — Urines troubles renfermant des colibacilles.

Le 14 mai. — La malade va bien et ne vomit plus.

OBSERVATION XIII

Hôpital de la Croix-Rousse. Infirmerie de la Maternité.

R. M., 25 ans. Entrée le 17 septembre. Sortie le 21 septembre 1929.

Résumé : Pyélonéphrite dans les suites de couches éloignées.

Rentre à l'hôpital *pour albuminurie dans les suites de couches éloignées*.

A accouché, le 9 juin 1929, d'une fille de 2.950 grammes qu'elle nourrit actuellement au sein.

Suites de couches normales, retour au 45^e jour, rien depuis. Depuis quinze jours, brûlures à la miction pollakiurie ; puis, trois jours après, douleurs lombaires à droite.

Température à 38°. Un peu de diarrhée.

A l'entrée à l'hôpital : malade un peu amaigrie, se plaignant surtout d'asthénie.

Température à 38°8 ; pouls à 70.

Urines : 1.750 grammes par 24 heures.

Douleur à la pression dans la région vésicale, para-ombilicale droite et la fosse lombaire droite.

Urines légèrement troubles ; albumine, 0 gr. 50 par litre.

Tension artérielle : 13/7.

Le 21 septembre 1929. — Utérus normal en rétroversion.

Très petit disque d'albumine.

A l'examen microscopique : nombreux éléments microbiens ayant tous les caractères du *colibacille*.

OBSERVATION XIV

Hôpital de la Croix-Rousse. Infirmerie de la Maternité.

S. C., 29 ans. Entrée le 26 décembre 1929. Sortie le 4 janvier 1930.

Quintigeste. Collibacillose (*sans localisation*) au *voisinage du terme*.

Malade Grecque, s'exprimant difficilement. Dit énormément souffrir du rein et de la tête depuis une huitaine.

Température à grandes oscillations : 36°9 et 40°.

Urines : 1.500 ; troubles, nombreux colibacilles.

Le 28 décembre. — Ponction lombaire, liquide légèrement hypertendu ; sucre : 0 gr. 60.

Le 30 décembre. — Chute de la température. La malade va beaucoup mieux, et ne souffre plus.

Les urines sont toujours troubles.

Le 31 décembre 1929 (D^r Rhenter). — Colibacillose. Colibacillurie, sans réaction rénale nette, mais avec température à grandes oscillations.

Le 5 janvier 1930. — Le repos, régime lacté, urotropine 1 gr. 50 ont fait tomber la température. Le 4^e jour, la malade part guérie.

OBSERVATION XV

Hôpital de la Croix-Rousse. Infirmerie de la Maternité.

B. P., 22 ans. Entrée le 18 avril. Sortie le 25 avril 1930.

Résumé : Primigeste. Colibacillurie avec pyélonéphrite discrète au 6^e mois de la gestation.

Présente de l'albumine depuis une semaine environ, sans troubles. Trois jours avant d'entrer dans le service, cette malade a ressenti une violente douleur dans la région lombaire droite avec irradiations abdominales.

Des crises semblables ont été ressenties chaque jour depuis ce moment ; elles durent une heure environ.

Etat général bon ; température, 37°.

Douleur au palper dans la région costo-lombaire droite ; le rein n'est pas perçu.

Tension artérielle : 10,5/7 ; pouls à 98.

Hauteur utérine : 18 cm.

Urines : Pas de globules rouges. *Nombreux colibacilles.*

OBSERVATION XVI

Hôpital de la Croix-Rousse. Infirmerie de la Maternité.

B. M., 28 ans. Entrée le 12 juin. Sortie le 17 juin 1930.

Résumé : Primigeste. Pyélonéphrite légère au 5^e mois.

Vient pour douleurs lombaires et urines troubles.

Dernières règles le 18 février.

Depuis quelques jours ressent de violentes douleurs lombaires, tantôt à droite, tantôt à gauche.

Urines troubles avec légère pollakiurie.

Pas de cystite. Température 37°5.

Pas d'albumine.

Tension artérielle : 10/5,5. *Colibacilles.*

OBSERVATION XVII

Hôpital de la Croix-Rousse. Infirmerie de la Maternité.

F. J., 29 ans. Entrée le 19 juin. Sortie le 5 juillet 1930.

Résumé : Secondigeste. Pyélonéphrite à la fin de la gestation.

Cette malade souffre au niveau de la région lombaire ; ses urines sont troubles.

Dernières règles le 25 septembre.

La grossesse avait eu une évolution normale jusqu'à présent.

Brusquement sont apparues les douleurs lombaires, surtout après les fatigues.

Pollakiurie très marquée ; les mictions sont douloureuses.

Asthénie, amaigrissement, absence d'albumine dans les urines.

Douleur très vive au palper dans la région lombaire droite.

Le 24 juin. — Température normale, l'état général est très amélioré, les urines sont troubles et contiennent du *colibacille*.

La palpation profonde révèle toujours une douleur dans la région lombaire droite.

I. — Le colibacille chez les femmes en état de gestation se fixe surtout sur le système urinaire. Sur 14 cas de colibacillose au cours de la gestation nous relevons 11 pyélonéphrites incontestables et une pyélonéphrite à symptomatologie plus ou moins frustre.

II. — Conformément à l'opinion classique, le colibacille est l'agent « presque exclusif » (Castaigne) de la pyélonéphrite gravidique.

Sur 12 malades ayant plus ou moins réalisé le syndrome, 11 présentaient du colibacille dans leurs urines.

III. — Associé aux accidents urinaires, on peut trouver un syndrome gastro-intestinal. Cinq fois, nous relevons chez les malades présentant de la colibacillurie des vomissements, de la diarrhée, et quelquefois des douleurs abdominales qui ne semblent intéresser ni l'appareil urinaire, ni l'appareil génital.

Dans ces cas, la température est souvent plus élevée, l'état général plus atteint, mais la guérison serait peut-être plus rapide que dans les formes purement urinaires.

Il y a là une contradiction apparente mais qui ne semble pas devoir résister à l'analyse.

Nous pensons que lorsque les troubles gastro-intestinaux précèdent nettement les accidents urinaires et leur restent associés, il n'y aurait pas de lésions du système urinaire, ou si elles existaient elles seraient moins graves.

L'appareil digestif serait presque seul responsable de la prolifération du colibacille, le rein et l'appareil urinaire n'étant qu'un lieu de passage où il ne séjournerait pas en l'absence de toute lésion de ce système.

IV. — Plusieurs auteurs se sont attachés à rechercher l'influence de la parité sur l'apparition de la colibacilliose gravidique et plus spécialement de la pyélonéphrite.

Nous avons recueilli 12 observations concernant des primigestes contre 4 concernant des multigestes. La disproportion est considérable et malgré le petit nombre

total d'observations rapportées nous ne pensons pas qu'il s'agisse là d'une simple coïncidence.

La littérature médicale que nous avons consultée paraît confirmer cette notion, la plupart des observations se rapportant à des primigestes.

Il n'est d'ailleurs pas certain que les multigestes dont nous rapportons les observations n'aient pas présenté, au cours de leur première grossesse, des accidents analogues. Les manifestations morbides lors des 2 et 3 grossesses peuvent très bien être le réveil de lésions en sommeil.

V. — A quelle phase du puerpérium la colibacillose paraît-elle surtout se manifester. Sur 16 observations une seulement a trait à la colibacillose apparue dans les suites de couches contre 15 pendant la gestation. La colibacillose « gravidique » l'emporte donc de beaucoup et encore peut-on se demander si la coli-bacillose qui se manifeste seulement dans le post-partum n'a pas été méconnue au cours de la grossesse.

VI. — Constatée surtout pendant la gestation, à quelle période de cette gestation est-elle observée de préférence?

Dans nos observations, nous trouvons des femmes atteintes de colibacillose depuis le début jusqu'à la fin de la grossesse. Cependant, nous constatons que toutes les primigestes sans aucune exception, se sont présentées à l'hôpital entre le cinquième et le huitième mois.

Les multigestes, au contraire, soit avant le cinquième, soit après le huitième mois. Sans tirer de conclusions fermes d'un nombre trop restreint d'observations on peut admettre que la précocité des symptômes chez cer-

laines multigesles répond à l'hypothèse que nous avons déjà émise du réveil d'une infection latente.

VII. — Enfin, nous constatons que d'une façon générale, avec le traitement médical et le repos absolu, les manifestations cliniques de la colibacillose s'atténuent très rapidement. Beaucoup de malades ne sont restées que pendant quelques jours à l'hôpital. Quatre seulement ont été traitées plus de 20 jours, une un peu plus d'un mois et toutes sont parties avec un état général très amélioré. La température était devenue normale et les manifestations douloureuses, ainsi que les symptômes urinaires (dysurie, pollakiurie) avaient totalement disparu.

La plupart d'ailleurs conservent de la colibacillurie. Alors que l'intestin ne fournit plus de microbes de réinfection, « l'éponge rénale polluée » (Auguste Bécart) pendant une période plus ou moins longue, les uretères, la vessie contiennent encore du colibacille.

Sa virulence est probablement très atténuée puisque toute manifestation morbide fait défaut.

A quel moment le bacille disparaît-il complètement de l'appareil urinaire?

Dans les cas heureux, dit M. Lepoutre, de Lille, il disparaîtrait après l'accouchement. M. Chevassu, de Paris, déclare avoir une série d'observations dans lesquelles la guérison de la colibacillose a été contrôlée par la culture, mais ce résultat, d'ailleurs inconstant, n'a été obtenu que par drainage des voies excrétrices.

Le plus souvent, le colibacille reste dans l'appareil urinaire pendant un temps difficile à déterminer, mais souvent très long.

Il n'est pas inadmissible que, pour une raison quelconque, il puisse se réveiller et retrouver sa virulence, et ne serait-ce pas là une explication des colibacilloses dans les suites de couches et même de celles survenant inopinément au début d'une deuxième ou troisième grossesse.

Nos conclusions sont basées sur l'étude de 17 observations de colibacillose gravidique :

Conclusions

I. — Le colibacille, au cours du puerpérium se fixe surtout sur l'appareil urinaire.

II. — Le colibacille apparaît comme l'agent à peu près exclusif de la pyélonéphrite gravidique.

III. — Il existe souvent un syndrome gastro-intestinal associé au syndrome urinaire.

IV. — Les primigestes paraissent atteintes de colibacillose dans une proportion infiniment plus élevée que les multigestes.

V. — La colibacillose est surtout découverte au cours de la grossesse et apparaît de préférence dans la seconde moitié.

VI. — Une thérapeutique médicale aboutit dans la plupart des cas à la disparition des accidents.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	VORON.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 11 Octobre 1930.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

“Pyélonéphrite gravidique”

- ACHARD. — Pyélonéphrite gravidique (*Progr. Médic.*, 25 mai 1921, p. 24).
- ACHARD et SAINT-GIRONS. — Pyélonéphrite gravidique (*Soc. Méd. des Hôp.*, juillet 1889).
- Pyélonéphrite puerpérale (*Soc. Méd. des Hôp.*, 12 juillet 1912).
- ALBARRAN. — Signes et traitement de la pyélonéphrite gravidique (*Journ. des Prat.*, 1907, p. 243).
- ANDÉRODIAS. — Sur 3 cas de pyélonéphrites gravidiques (*Soc. de Gynécol. et Obst.*, 1901, p. 83).
- ASCHUR. — Deux cas de pyélonéphrite (*The Journ. of the Amer. Med. Assoc. N. Y.*, 1920, t. I, p. 320).
- BACKARO. — Quelques considérations sur la pathogénie et le traitement des pyélonéphrites gravidiques (*Vie Médicale*, 1924, p. 1053-1057).
- BALATRE. — Contribution à l'étude des pyélonéphrites gravidiques et de leur traitement (*Thèse de Paris*, 1902).
- BAZY. — Pathogénie, diagnostic et traitement des pyélonéphrites suppurées (*Soc. de Chir.*, 25 mars 1896, p. 263).
- A propos des pyélonéphrites gravidiques (*Soc. de Chir.*, 1910, t. 36, p. 826).
- BERNOND. — Contribution à l'étude de la pyélonéphrite survenant au cours de la grossesse (*Thèse de Paris*, 1908).

- BLANC. — Contribution à l'étude de la pyélonéphrite survenant au cours de la grossesse (*Thèse de Paris*, 1908).
- BOEDO. — Pyélonéphrites (*Thèse de Paris*, 1906).
- BOEDA. — De la pyélonéphrite chez les femmes en état de gestation (*Thèse de Paris*, 1920).
- BONNARIE et LEVANT. — Pyélonéphrite au 5^e mois de la grossesse (*Soc. d'Obstétr. de Paris*, 1911, p. 428).
- BONNEAU. — Compression des uretères par l'utérus gravide et pyélonéphrite consécutive (*Thèse de Paris*, 1893).
- BOULET. — Sur un cas d'infection colibacillaire *post partum* (*Gaz. Méd. Nantes*, 1909, p. 722).
- BOQUEL et PAPIN. — Colibacillose pendant la puerpéralité (*L'Obstétrique*, mai 1905, p. 193).
- BREDIER. — Les pyélonéphrites latentes au cours de la grossesse (*Thèse de Paris*, 1902).
- BRINDEAU. — Un cas d'acouchement provoqué pour pyélonéphrite gravidique (*Soc. d'Obstétr. de Paris*, février 1909, p. 44).
- BRINDEAU et SÉGURET. — Pyélonéphrites (*Soc. Obst. n° 2*, 1923).
- BRODERÛ. — De l'intervention chirurgicale dans les affections des reins (*Thèse de Paris*, 1886).
- CABOT et CHARTRÉE. — Pyélonéphrites de la grossesse (*J. des Prat.*, 1917, p. 633).
- CATHALA. — Pathogénie d'étude clinique de la pyélonéphrite gravidique (*Thèse de Paris*, 1904).
- CATHELIN. — Les pyélonéphrites dites de la grossesse (*Monde Médical*, novembre 1913).
- CHAMBERLAIN. — The relations of the urinary organs to puerperal diseases (*Amer. J. of Obstetr.*, avril 1877).
- CHAUFFARD. — Pyélonéphrite gravidiques (*J. des Prat.*, 1913, p. 533).

- CHEVASSU. — La pyélonéphrite gravidique (*Encyclop. franc. Urol.*, t. II).
- La pyélonéphrite gravidique (*Annales de Gynéc. et Obstétr.*, 1914, p. 369).
- La pyélonéphrite gravidique (*Encyclop. franç. d'Urol.*, 1914, t. II, p. 395).
- COLOMBINO. — Pyélonéphrite de la gestation (*Ann. d'Obstétr. et de Gynécol.*, 9 septembre 1921, p. 467).
- COUVECLAIRE. — L'uretère à la fin de la gestation (*Soc. d'Obstétr. et de Gynécol.*, 14 mars 1910, p. 119).
- Rôle de la gestation dans la pyélonéphrite (*Soc. Obst.*, 1920).
- Traitement des pyélonéphrites chez la femme en état de gestation (*Gynéc. et Obstétr.*, 1920, p. 449).
- Des pyélonéphrites dites gravidiques (*J. Méd. franç.*, mai 1922, t. II, p. 212).
- COUVELAIRE et LANGEVIN. — Pyélonéphrites et appendicites au cours de la gestation (*Bull. de la Société d'Obstétr. et Gynéc.*, n° 10, décembre 1926).
- CUISINIER. — Contribution à l'étude de la pyélonéphrite au *post partum* (*Thèse de Lille*, 1920-21).
- DAVIS. — Le colibacille en obstétrique (*Am. J. Obst.*, 1914, p. 222).
- Infection colibacillaire et état puerpéral (*Surg. Gyn. Obst.*, 1918, p. 1089).
- DE BERNE, LAGARDE et ANTOINE. — Pyélonéphrite gauche à colibacille chez une entéritique (*Journal d'Urol.*, 1923, t. XV, p. 465).
- DELBET (Paul). — Pyélonéphrite et grossesse (*Paris Chirurgical*, 1913, p. 479).
- DEVRAIGNE. — De la pyélonéphrite pendant la gestation et les suites de couches (*Revue de Technique Médicale*, 1925).
- DORMAN. — Grossesse et infection colibacillaire (*Méd. Rec.*, 1914, p. 222).

- DUHAIL. — Les pyélonéphrites gravidiques (*Bulletin Médical* n° 35, 24 et 27 août 1927).
- DUVERGEY et DOSC. — La pyélonéphrite de la grossesse (*J. de Méd. de Bordeaux*, 1923, p. 442-444).
- FISCH. — Les variations de morphologie du bactérium coli dans les affections urinaires (*Journ. d'Urol.*, t. XXI, n° 3, mars 1926).
- FOURNIER. — Pyélonéphrite et grossesse (*Thèse de Toulouse*, 1905).
- FRUNINSHOLZ. — Les faux visages de la pyélite gravidique (*Rev. Médic. de l'Est*, 15 septembre 1924).
- GAIFANCI. — La pyélonéphrite de la grossesse (*Revista Ospedaliera*, 1912, p. 563).
- GAUSSEL, ZIEGELMANN. — De la pyélonéphrite gravidique (*Arch. gén. de Méd.*, 1905, t. II, p. 1729).
- GOIFFON. — Troubles digestifs. Alcalose et oxalurie cocobacillurie (*Soc. d'Hydrol. de Paris*, 6 mars 1927).
- GOSSET. — Etude sur les pyélonéphroses (*Thèse de Paris*, 1906).
- GUÉNIOT. — Pyélonéphrites gravidiques (*Bull. Soc. Obst.*, 1905, p. 202).
- GUGELOT. — De la pyélonéphrite gravidique et en particulier de son traitement (*Thèse de Lille*, 1905).
- GUYON. — Sur les conditions de réceptivité de l'appareil urinaire à l'invasion microbienne (*Acad. des Sciences*, 29 avril 1889).
- GUZMAN. — Contribution à l'étude de la pyélonéphrite de la grossesse (*Thèse de Bordeaux*, 1922-23).
- HALLE. — Pyélonéphrites (*Ann. d. Mal. des Organes génito-urinaires*, 1894).
- HEITZ-BOYER. — Cathétérisme uretéral (*Presse Médicale*, 1910, p. 473).
- Néphrites et pyélonéphrites d'origine intestinale (*Soc. Méd. des Hôp.*, 25 juillet 1919).

- HOÛRTOULE. — Une observation de pyélonéphrite de la grossesse traitée par le cathétérisme urétéral (*J. d'Urol.*, tome VI, p. 555).
- JEANNIN. — Etude clinique de la pyélonéphrite gravidique des suites de couches (*Progrès Médic.*, 1908, p. 37).
- Colibacillose et état puerpéral (*Leçon Hôpital Tenon*, 14 avril 1921).
- De la colibacillose au cours de la puerpéralité (*Concours Médical*, 1^{er} mars 1925).
- JEANNIN et CATHALA. — Double pyélonéphrite gravidique suppurée à colibacille (*Soc. d'Obstétr. de Paris*, 15 juin 1905).
- JOHANNSON. — Pyélonéphrite de la grossesse (*Annales de Gyn. et Obstétr.*, 1914, p. 374).
- JONAN. — Contribution à l'étude thérapeutique des pyélonéphrites de la gestation et de la puerpéralité (*Thèse de Paris*, 1926).
- KEHRER. — Pyonéphroses in graviditate (*Beitr. z. Klin. u. exp. Geb. u. Gyn.*, 1879-90, p. 411).
- KENDIRDJY. — Les pyélonéphrites de la grossesse (*Gaz. des Hôp.*, p. 393).
- KRUSE. — Ueber pyelonephritis in der schwangerschaft (*Thèse Wurzburg*, 1899).
- LAMBINON. — Colibacillose et grossesse (*J. d'Accouchement*, Liège 1906).
- LAPAUME. — Quelques cas de pyélonéphrite gravidique (*Gaz. Hebd. Sc. Méd. de Bordeaux*, 5 mai 1918, p. 65).
- LAURENTIE. — Phénomènes graves de colibacillose gravidique ayant simulé l'appendicite (*Soc. Obst. et Gyn.*, 1924, p. 550).
- LE BRIGAUD. — Contribution à l'étude de la pyélonéphrite pendant la grossesse (*Thèse de Paris*, 1900).
- LEFEBVRE. — Contribution à l'étude des pyélonéphrites gravidiques et de leur traitement par les vaccins anticolibacillaires (*Thèse de Paris*, 1924).

LE FUR. — Pyélonéphrite de la grossesse (*Paris Chirurgical*, 1913, p. 105).

— Pyélonéphrite de la grossesse (*Gaz. des Hôp.*, 25 novembre 1913, p. 2127).

LE GUEN. — Des relat. patholog. entre l'appareil génital et l'appareil urinaire chez la femme (*Ann. des Mal. des Organes génito-urinaires*, 1897, p. 681).

— Pyélonéphrite de la grossesse (*Traité Chirurg. d'Urologie*, 1921, t. I, p. 666).

LEGUEU. — De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité (*Congr. Gyn. Obstétr. Pédiat.*, Rouen 1904).

— Résultats éloignés des pyélonéphrites de la grossesse (*Soc. Obst. Gyn. Pédiatr.*, 11 novembre 1907).

LE LORRIER. — Observations de pyélonéphrite grave avec rétention au cours de la gestation (*Société d'Obstétr. de Paris*, 8 décembre 1924).

LE LORIER et FISCH. — Du traitement de quelques pyélonéphrites gravidiques par le vaccin anti-colibacillaire complexe de Fisch (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 8 décembre 1924).

— Exposé de quelques particularités de la méthode à employer pour l'examen cytologique des urines, notamment dans les cas de pyélonéphrite de la gestation (*Soc. Obst. et de Gyn. de Paris*, 8 juin 1925).

LEPAGE. — Pyélonéphrites de la grossesse (*Soc. Obst. Gyn. Pédiat.*, 1899-1904-1908).

LEPOUTRE. — Pyélonéphrites des suites de couches (*Soc. Sc. Méd. Lille*, août 1912).

— Pyélonéphrites des suites de couches (*Revue Prat. Obst. et Gyn.*, 1913).

LÉVY-SOLAL et MISTRACHI. — Quelques remarques sur le traitement de la pyélonéphrite gravidique (*Pr. Médicale*, 4 février 1925, p. 145).

- LÉVY-SOLAL et MIRACHI. — Quelques faits importants. A propos de la pyélonéphrite gravidique (*La Médecine*, avril 1928).
- LÉVY-SOLAL, MIRACHI et SOLOMON. — Contribution à l'étude de la pathogénie des pyélonéphrites gravidiques (*Presse Médicale*, 7 mai 1927).
- MARCOTTE. — Etude de la pyélonéphrite chez la femme en état de gestation (*Thèse de Paris*, 1925).
- MARION. — *Journal d'Urolog.*, 1919, p. 400.
- MARQUIS. — Colibacilloses puerpérales (*Ann. Gyn. Obst.*, 1908).
- MAYER. — De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la grossesse (*Annales de Gynécol. et d'Obstétr.*, 1914, p. 374).
- MERCIER. — De la pyélonéphrite dans les suites de couches (*L'Union Médicale du Canada*, n° 4, avril 1929, p. 189).
- MINON. — Colibacillose gravidique (*Thèse de Paris*, 1923).
- A propos de quelques cas graves de colibacillose gravidique (*Thèse de Paris*, 1924).
- MONNOT. — Contribution à l'étude de la pyélonéphrite gravidique (*Thèse de Nancy*, 1921-22).
- MORELLE. — A propos d'un cas de pyélonéphrite gravidique (*Ann. de l'Inst. Chir. de Bruxelles*, 1924, t. XXV, p. 1-7).
- OPITZ. — Die pyelonephritis gravidarum et puerperarum (*Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, n° 55, p. 209, 1905).
- La pyélonéphrite gravidique (*Ann. Gyn. Obst.*, 1914, p. 375).
- PASTEAU. — Considérations sur l'étiologie et le traitement de la pyélonéphrite gravidique (*Rev. Obst. Gyn. Pédiat.*, août 1913, p. 465).
- PASTEAU et D'HERBÉCOURT. — Traitement des infections rénales au cours de la grossesse (*Annales de Gyn. et Obst.*, 1898, p. 153).

- PELLOT. — Ce qu'il faut savoir des pyélonéphrites dites gravidiques (*Archiv. Médic. Chir. Province*, juin 1925).
- PÉRINEAU. — Résultat actuel du traitement des pyélonéphrites par le cathétérisme et lavages du bassinnet (*Thèse de Paris*, 1911).
- PESTALLOZZA. — La pielonefrite in gravidanza (*Rev. crit. di Chir. Med.*, 1900, p. 745).
- PINARD. — Pyélonéphrite au cours de la grossesse (*J. de Pédiatr.*, 4 mars 1911, p. 134).
- PUTUANM et JANCO. — Pyélonéphrite ascendante du postpartum (*Thèse de Bordeaux*, 1918).
- RAWIS. — Le colibacille en obstétrique (*Tr. Am. Gyn. Soc.*, 1915, p. 475).
- REBLAND. — Des infections du rein et du bassinnet consécutives à la compression de l'uretère par l'utérus gravide (*Congr. franç. de Chir.*, 1892).
- RENOULT. — Le bactérium coli dans l'infection urinaire (*Thèse de Paris*, 1892).
- ROCHARD. — De la pyélonéphrite gravidique (*Presse Médicale*, 16 novembre 1904, p. 729).
- BIREDEY et LEBEAUME. — Infections des voies urinaires à colibacilles chez la femme (*J. de Méd. et Chir. prat.*, 10 juin 1927, p. 395).
- SOMMER. — Infection puerpérale colibacillaire (*Zentralbl. f. Gynak.*, 28 janv. 1929, p. 232).
- STUDDIFORD. — Gynecological conditions due to the B. coli (*Am. J. Obst.*, 1914, p. 489).
- THÉBAULT et LACAILLE. — Des pyélonéphrites gravidiques (*La Consultation*, décembre 1926, p. 243).
- TUFFIER. — Diagnostic des pyélonéphrites (*Journ. des Pratic.*, 11 décembre 1909).
- TORRE. — Pyélonéphrite des suites de couches (*Thèse Alger*, 1917).

- VAUDESCAL, BEAUFOND et PORCHER. — Le fonctionnement du canal extérieur du rein chez la femme enceinte (*Arch. Mal des Reins*, 1927).
- VIGNES. — Pyélonéphrites gravidiques (Annales de la Jeunesse Médicale, 1^{er} juin 1921, p. 179).
- VINAY et CADE. — La pyélonéphrite gravidique (*L'Ostétrique*, 1899, p. 230).
- VINCENT. — Essai de traitement de la pyélonéphrite puerpérale par l'entéro-vaccin (*Thèse de Paris*, 1921-1922).
- VIALET. — Pyélonéphrite de la grossesse (*Lyon Médical*, 1914, p. 1271).
- WALLIEH. — Pyélonéphrite des suites de couches (*Ann. Gyn. Obst.*, mars 1904, p. 156).
- WASSERMANN. — Les pyélonéphrites à colibacilles symptomatologie et diagnostic (*The Amer. Journ. of the Med. Sciences*, décembre 1911, p. 878).
- WEILL. — De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la grossesse (*Thèse de Paris*, 1899).
- WIDAL et BERNARD. — Pyélonéphrite gravidique descendant par septicémie colibacillaire (*J. d'Urologie*, 1912, t. I, p. 317).
- YVANOVITCH. — Les pyélonéphrites et leur traitement (*Thèse de Paris*, 1923, p. 157).

Les Pyélonéphrites à colibacilles

- ACHARD et RENAULT. — Sur les rapports du B. Coli commune avec le B. pyagènes des infections urinaires (*Soc. de Biol.*, 1891, p. 830).
- ACHARD et SAINT-GIRONS. — Pyélonéphrite puerpérale. Septicémie paracolibacillaire (*Soc. Médic.*, 1912, p. 112).

- ALBARRAN et HALTE. — Note sur une bactérie pyogène et son rôle dans l'infection urinaire (*Acad. de Méd.*, 1888, t. 2, p. 310).
- ARLOINGT, DUFOURT, BOUVIER et SENEPE. — Tr. de la pyélonéphrite colibacillaire par la bactériophage (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 1914).
- ARMONT. — Pyélonéphrite bilatérale à colibacille (*Soc. de Chir.*, 4 novembre 1925).
- BERLIOZ. — Recherches cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine (*Th. de Paris*, 1887).
- BOQUEL et PAPIN. — Colibacillose pendant la puerpéralité (*L'Obstétrique*, mai 1905, p. 183).
- BOURGOUING. — Pyélonéphrite double à colibacilles (*Soc. de Méd. et Biol. de Montpellier*, 23 janvier 1925).
- DE BERNE, LAGERBE et ANTONIE. — Pyélonéphrite gauche à colibacille chez une entéritique. Anato-vaccinothérapie. Guérison (*J. d'Urologie*, 1923, p. 465).
- DUGUIÉ. — Contribution à l'étude de la colibacillurie (*Th. de Paris*, 1920-25).
- ESCONBONI. — Contribution à l'étude du traitement des pyélonéphrites à colibacille (*Thèse de Paris*, 1922).
- GUYON. — Sur les conditions de déceptivité urinaire à l'invasion microbienne (*Acad. des Scienc.*, 29 avril 1889).
- JEANNIN. — De la colibacillose au cours de la puerpéralité (*Conc. Méd.*, mars 1925, p. 455).
- JEANNIN et CATHALA. — Double pyélonéphrite suppurée gravidique à colibacilles (*Soc. Obst. Paris*, 5 juin 1905, p. 171).
- LEGUEU. — Des relations pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire chez la femme (*Ann. Mal. org. génit. urin.*, 1897, p. 681).

- LÉVY-DARRAS. — La pyélonéphrite colibacillaire et son traitement (*La Vie Méd.*, 10 juin 1928, p. 669).
- La (pol)-pyélonéphrite colibacillaire et son traitement (*Rev. de vulgaris. des Sciences Méd.*, 1928, p. 4).
- MACAIGNE. — Etude sur la néphrite colibacillaire d'origine sanguine (*Arch. gén. de méd.*, 1896, t. V, p. 722).
- MICHON. — Pyélonéphrite à colibacilles (*Méd.*, octobre 1922).
- MINON. — A propos de quelques cas graves de colibacillose gravidique (*Thèse de Paris*, 1923).
- PASQUEREAU. — Pyélonéphrite colibacillaire (*Gaz. Méd. de Nantes*, 1^{er} février 1925).
- RENAULT. — Le B. coli dans l'infection urinaire (*Thèse de Paris*, 1892).
- REYMOND. — Des cystites consécutives à une infection de la vessie à travers la paroi (*Ann. mal. org. génit. urin.*, 1893, p. 253).
- TRYSTRAM. — Contribution à l'étude des colibacillaires à forme typhoïde (*Thèse de Paris*, 1923).
- VANDESÉAL. — Colibacillose et grossesse (*L'Hôp.*, mai 1921, p. 891).
- VORON. — Pyélonéphrite colibacillaire (*Réunion Obst. et Gynéc. de Lyon*, mai 1914).
- VARON. — Pyélonéphrite colibacillaire (*Soc. Obst et Gyn. de Paris*, 1914, p. 472).
- WASSERMANN. — Pyélonéphrite à colibacilles (*Ann. Méd. Sciences*, décembre 1911, p. 878).
- WATTERMANN. — Pyélonéphrite à colibacilles (*J. d'Urologie*, 1912, t. I, p. 424).
- WOLFROMM. — Du traitement des pyélonéphrites et, en particulier des pyélonéphrites colibacillaires (*Pr. Médicale*, 7 août 1926).
-

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos	7
Introduction	9
Historique	13
Théories diverses sur la dissémination du colibacille dans l'organisme	17
Observations	26
Conclusions	43
Bibliographie	45

